

様式第 4 号

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

### 生涯研修認定薬剤師受講単位交付申請書（在宅研修）

神戸薬科大学生涯研修認定制度実施細則 1、3 及び 4 に基づき、受講単位を請求いたします。

提出日：西暦 年 月 日

申請者氏名	ふりがな 氏 名	(印)	性 別 ○で囲む	1. 男 2. 女	
生年月日	西暦	年	月	日	
薬剤師名簿 登録番号	第	号	認定薬剤師番号	第	号
受理通知書等 送付先	〒				
TEL・FAX	TEL :	FAX :			
E-mail	@				
1. 研修内容					
2. 研修目的					
3. 研修課題					
4. 研修日時・研修時間（合計）				合計	時間
5. 添付資料	講座案内、プログラム等同封して下さい。				
6. 研修成果	感想や単なる研修課題の列記は研修成果とは認めません。研修課題毎に、そこから具体的にどのような理解が得られたのか、どのような情報を得たのか等、自分が学び取った内容を A4 用紙に 400 字程度で作成のうえ、提出してください。				

センター記入欄	受付日	年	月	日	単位数	単位	受理番号	
---------	-----	---	---	---	-----	----	------	--